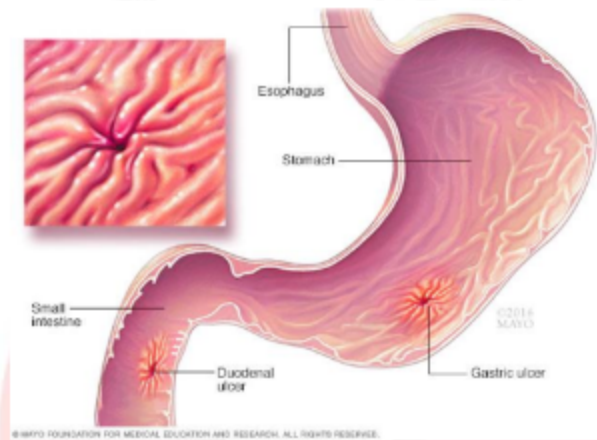




ULCERAS GASTRODUODENALES

Las úlceras gastroduodenales son lesiones abiertas que se desarrollan en la mucosa que recubre el **estómago (úlceras gástricas)** o en la primera parte del **intestino delgado**, conocida como el **duodeno (úlceras duodenales)**. Estas úlceras se producen cuando los ácidos gástricos y las enzimas digestivas erosionan la mucosa, provocando una herida ulcerosa.

Se debe a la erosión de un área circunscrita de la membrana mucosa que puede extenderse tan profundo como a las capas de músculo, o a través de éstas hasta el peritoneo.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

ULCERAS GASTRODUODENALES

ETIOLOGIA

- Infección por *Helicobacter pylori* → se adhiere al epitelio causando lesión y una intensa respuesta inflamatoria
- AINES → porque inhibe la síntesis de prostaglandinas.

FACTORES DE RIESGO

- Presencia de *H. pylori*
- Uso indiscriminado de AINES
- Antecedentes familiares
- Consumo excesivo de alcohol
- Tabaquismo

ULCERAS GASTRODUODENALES

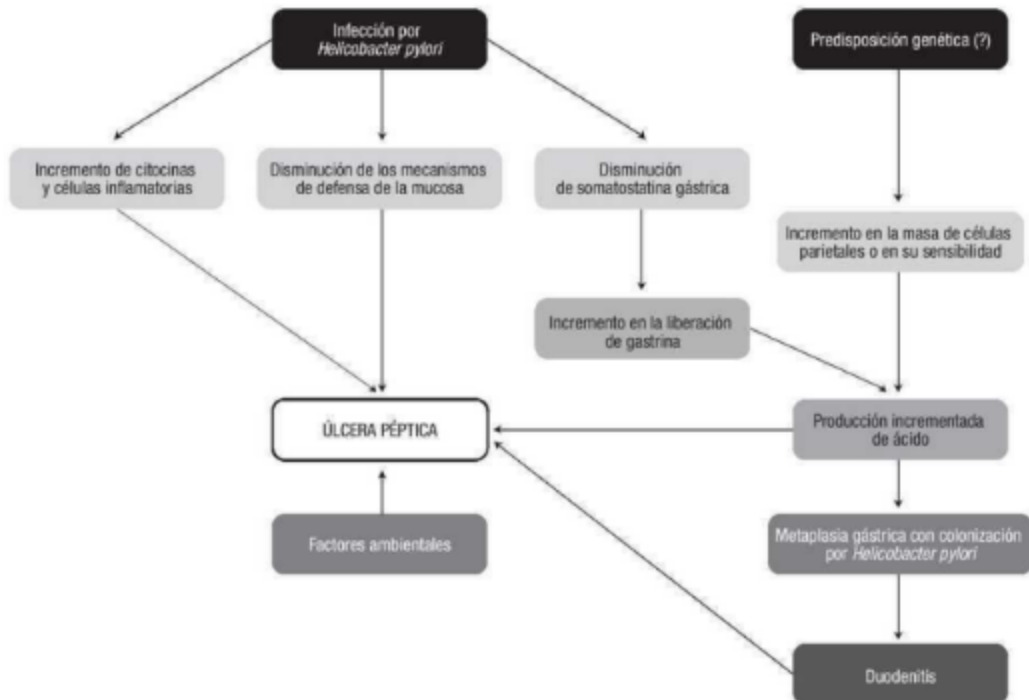
FISIOPATOLOGIA

Principalmente ocurren debido a que el tejido no soporta la acción digestiva del ácido gástrico y la pepsina. La erosión es causada por el aumento en la concentración o actividad del ácido-pepsina o por la disminución de la resistencia en la mucosa.

La exposición de la mucosa al ácido gástrico, pepsina y otros irritantes conduce a la inflamación, lesión y posterior erosión de la mucosa.

El uso de AINES se asocia con una alteración de la barrera de la mucosa protectora, disminuyendo la resistencia a las bacterias.

ULCERAS GASTRODUODENALES



ULCERAS GASTRODUODENALES

Factores agresivos

Ácido gástrico y pepsina: El estómago produce ácido clorhídrico y pepsina, una enzima digestiva, que son esenciales para la digestión. Sin embargo, en exceso o cuando los mecanismos protectores están debilitados, estos pueden dañar la mucosa.

Infección por *Helicobacter pylori*: Esta bacteria es capaz de colonizar la mucosa gástrica. Produce enzimas y toxinas que debilitan la barrera mucosa y desencadenan una respuesta inflamatoria. Además, *H. pylori* puede aumentar la producción de gastrina, lo que eleva la secreción de ácido gástrico.

Uso de antiinflamatorios no esteroides (AINEs): Los AINEs, como el ibuprofeno y la aspirina, inhiben las enzimas ciclooxigenasas (COX-1 y COX-2), que son responsables de la producción de prostaglandinas. Las prostaglandinas tienen un papel protector en la mucosa gástrica al promover la producción de moco y bicarbonato y al mantener el flujo sanguíneo adecuado. Su inhibición reduce estas defensas y aumenta la susceptibilidad a la lesión por ácido.

Estilo de vida y otros factores: El consumo de alcohol, el tabaquismo y el estrés pueden aumentar la producción de ácido o debilitar la barrera mucosa.

ULCERAS GASTRODUODENALES

Mecanismos Defensivos

Moco y bicarbonato: La capa de moco producida por las células epiteliales del estómago y el bicarbonato secretado neutralizan el ácido cerca de la superficie de la mucosa, protegiéndola del daño.

Flujo sanguíneo mucoso: Un flujo sanguíneo adecuado proporciona oxígeno y nutrientes esenciales y ayuda a eliminar el ácido que pueda haber penetrado la mucosa.

Renovación celular: Las células de la mucosa gástrica se regeneran rápidamente, lo que ayuda a reparar cualquier daño.

Prostaglandinas: Estas sustancias promueven la producción de moco y bicarbonato, mantienen el flujo sanguíneo mucoso y facilitan la reparación de la mucosa.

ULCERAS GASTRODUODENALES

Desequilibrio entre Factores Agresivos y Defensivos

Las úlceras gastroduodenales ocurren cuando hay un desequilibrio entre los factores agresivos y los mecanismos defensivos.

Aumento de los factores agresivos: Por ejemplo, un exceso de ácido debido a una infección por *H. pylori* o por el uso de ciertos medicamentos.

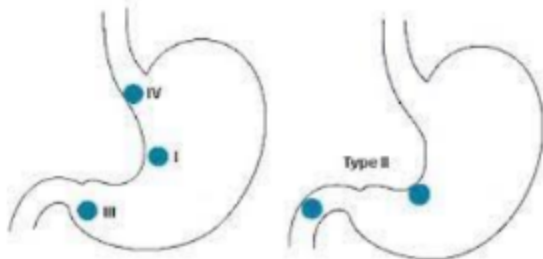


Disminución de los mecanismos defensivos: Por ejemplo, debido al uso de AINEs que reducen la producción de prostaglandinas protectoras, o condiciones que disminuyen el flujo sanguíneo mucoso.

ULCERAS GASTRODUODENALES

CLASIFICACION

- **Grado I** → úlcera de localización en la curvatura menor
- **Grado II** → úlcera de localización gástrica y duodenal
- **Grado III** → úlcera de localización prepilórica
- **Grado IV** → úlcera en el fondo gástrico o en parte alta de la curvatura menor



ULCERAS GASTRODUODENALES

MANIFESTACION CLINICA

- Dolor sordo y persistente o “sensación de quemadura” en el epigastrio medio o espalda
 - Con frecuencia después de comer → úlcera gástrica
 - Alivio después de comer → úlcera duodenal
- Pirosis (ACIDEZ ESTOMACAL)
- Vómitos → puede ser síntoma de complicación
- Estreñimiento o diarrea
- Hemorragia

ULCERAS GASTRODUODENALES

COMPLICACIONES

- **Hemorragia:** se manifiesta desde melenas o un síndrome anémico a shock hipovolémico.
- **Perforación:** comunicación entre el estómago o duodeno con la cavidad peritoneal
- **Penetración:** Comunicación del estómago o duodeno con otro órgano
- **Obstrucción de la salida gástrica:** estenosis al tracto de salida del estómago por el proceso inflamatorio.

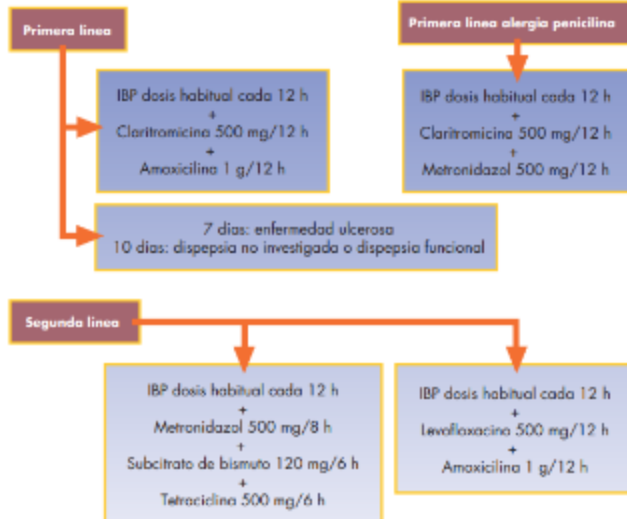
El factor predisponente mas asociado a las complicaciones es el consumo de Antinflamatorios no esteroideos (AINES)

ULCERAS GASTRODUODENALES

TRATAMIENTO

FARMACOLOGICO

Los dos factores etiopatogénicos más importantes de la enfermedad ulcerosa son la infección por **H. pylori** y la toma de AINE.



La pauta de segunda línea, tras el fracaso de la triple terapia con IBP, claritromicina y amoxicilina, es la que combina IBP, tetraciclina, metronidazol y subcitrato de bismuto durante 7-14 días (pauta cuádruple).

Bismuto subcitrato: actuando como citoprotector y antiácido, y con probable capacidad de estimulación de prostaglandinas, moco y bicarbonato.

ULCERAS GASTRODUODENALES

TRATAMIENTO

FARMACOLOGICO

Inhibidores de bomba de protones: Es el tratamiento de elección ya que son los antisecretores más potentes. Disminuyen la secreción de ácido al unirse de manera irreversible con la bomba de protones en las células parietales del estómago. Deben administrarse 30 minutos antes de cada comida.

Los IBP constituyen los **fármacos de elección en la profilaxis de la úlcera** en pacientes de riesgo alto que requieran **tratamiento con AINE**.

Antiácidos: Útiles para aliviar el dolor abdominal. Su uso está recomendado una hora Los IBP constituyen en la actualidad los fármacos de elección en la profilaxis de la úlcera en pacientes de riesgo alto que requieran tratamiento con AINE después de la ingesta de comidas. Actualmente se utilizan el acetato de zinc, hidróxido de aluminio y magnesio.

Antihistamínicos H2: Bloquean los receptores H2 en las células parietales del estómago, disminuyendo la secreción de ácido y pepsinógeno y la actividad de la pepsina. El más utilizado es la **famotidina**.

ULCERAS GASTRODUODENALES

TRATAMIENTO

NO FARMACOLOGICO – CAMBIOS DEL ESTILO DE VIDA

- Cese del tabaquismo → porque disminuye la secreción de bicarbonato del páncreas al duodeno y se relaciona con retraso en la curación de la úlcera.
- Modificación de la dieta → para evitar el exceso de secreción de ácido e hipermotilidad en el tubo digestivo.
 - Evitar temperaturas extremas en alimentos y bebidas
 - Evitar consumo de alcohol, café o bebidas con cafeína
 - Ingesta regular de tres alimentos al día

PREVENCION

- Suspender uso de AINES o bajar dosis en casos de ser necesario
- Evitar el uso de alcohol
- Suspender hábito tabáquico
- Modificaciones en la dieta

ULCERAS GASTRODUODENALES

CUIDADOS ENFERMEROS

Son fundamentales para aliviar los síntomas, prevenir complicaciones y promover la cicatrización de la úlcera. Estos cuidados implican una combinación de intervenciones relacionadas con la administración de medicamentos, el monitoreo de signos y síntomas, la educación del paciente y la modificación del estilo de vida.

Evaluación del dolor: Registrar la intensidad, duración, localización y características del dolor. Esto ayuda a evaluar la efectividad del tratamiento y a identificar cualquier complicación potencial, como perforación o sangrado.

Signos vitales: Monitorear regularmente la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, y la temperatura para detectar signos de complicaciones, como hemorragias.

Observación de signos de hemorragia gastrointestinal: Observar la presencia de vómitos con sangre (hematemesis), heces oscuras o alquitranadas (melena) y signos de anemia, como palidez, fatiga y mareos.

ULCERAS GASTRODUODENALES

CUIDADOS ENFERMEROS

- Administración de los medicamentos (Inhibidores de la bomba de protones (IBP) y bloqueadores H₂; Antibióticos; Antiácidos, etc.) según lo prescrito para reducir la producción de ácido gástrico y facilitar la curación de la úlcera. **Aplicando los 10 correctos.**
- **Vigilar signos de perforación**, como dolor abdominal intenso y rigidez abdominal, o signos de hemorragia, como mareos, debilidad y palidez.
- Recomendar una dieta balanceada y evitar alimentos que puedan irritar la mucosa gástrica, como los alimentos picantes, ácidos, con cafeína y bebidas alcohólicas.
- Aconsejar al paciente evitar el uso de AINEs y sugerir alternativas para el manejo del dolor
- Apoyo en cambios de estilos de vida, dejar de fumar y beber alcohol.

PREGUNTA

Seleccione el enunciado correcto en relación a la fisiopatología de la úlcera péptica.

Respuestas:

- En la úlcera péptica, los pacientes presentan hipoclorhidria.
- El daño de la mucosa gastroduodenal por úlcera péptica aumenta la resistencia a las bacterias.
- El uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) disminuye la inflamación de la mucosa gastroduodenal.
- Las úlceras pépticas ocurren en la mucosa gastroduodenal debido a un aumento de la concentración o acción del ácido gástrico y la pepsina.

PREGUNTA

Seleccione el enunciado correcto en relación a la fisiopatología de la úlcera péptica.

Respuestas:

- En la úlcera péptica, los pacientes presentan hipoclorhidria.
- El daño de la mucosa gastroduodenal por úlcera péptica aumenta la resistencia a las bacterias.
- El uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) disminuye la inflamación de la mucosa gastroduodenal.
- **Las úlceras pépticas ocurren en la mucosa gastroduodenal debido a un aumento de la concentración o acción del ácido gástrico y la pepsina.**



PREGUNTA

La úlcera péptica se desarrolla cuando hay un **desequilibrio** entre los factores agresivos (como el **ácido gástrico y la pepsina**) y los mecanismos de defensa de la **mucosa gastroduodenal**. Factores como el uso de **AINES, infección por Helicobacter pylori** y otros factores pueden contribuir a la aparición de úlceras al **aumentar la producción de ácido** o comprometer la barrera protectora de la mucosa.

OPCION A: La úlcera péptica generalmente se asocia con **hiperclorhidria** (aumento de la producción de ácido clorhídrico en el estómago), no hipoclorhidria (disminución del ácido).

OPCION B: El daño a la mucosa gastroduodenal **disminuye su capacidad de defensa**, lo que facilita la colonización de bacterias como **Helicobacter pylori**. Esta bacteria, a su vez, puede perpetuar la inflamación y el daño mucoso.

OPCION C: Los AINES, en lugar de disminuir la inflamación de la mucosa, **en realidad la aumentan**. Los AINES inhiben la producción de prostaglandinas, las cuales son protectoras para la mucosa gástrica. Al reducir las prostaglandinas, los AINES aumentan el riesgo de daño mucoso y, por lo tanto, pueden inducir úlceras pépticas.

HEPATITIS

Las enfermedades inflamatorias del hígado se llaman **'hepatitis'**

La hepatitis, que puede ser **aguda o crónica**, tiene varias causas, que incluyen a las infecciones virales, trastornos autoinmunitarios, reacciones a fármacos y alcohol.

La **infección viral es una causa común** de hepatitis

Los principales virus de la hepatitis son un grupo de virus hepatotróficos. Aunque todos ellos causan una hepatitis primaria, no están relacionados entre sí, y pertenecen a diferentes tipos víricos.

Los principales virus son los de las hepatitis **A y E** (transmitidos por la vía del mecanismo de transmisión ano-mano-boca), y **hepatitis B, C, D y G** (transmitidos por vía parenteral).

HEPATITIS

HEPATITIS A

Es transmitida por la vía del mecanismo ano-mano-boca y no conduce a una enfermedad crónica del hígado

Es causada por un enterovirus RNA del grupo picornaviridae.

Una a cuatro semanas después del momento de la infección, se instala un periodo de incubación caracterizado por fiebre, malestar general, y anorexia.

El virus está presente en las evacuaciones de los pacientes afectados cerca de dos semanas antes, y una semana después, de la iniciación de la ictericia clínica

La ictericia aparece de manera típica entre las semanas cinco y seis.

No causa hepatitis crónica y la infección confiere inmunidad subsecuente por el desarrollo de los anticuerpos anti-HAV.

HEPATITIS

HEPATITIS A

Manifestación clínica: Los síntomas suelen aparecer entre dos y seis semanas después de la exposición al virus

Fatiga
Náuseas y vómitos repentinos
Dolor o malestar abdominal, especialmente en el área del hígado, en el lado derecho debajo de las costillas inferiores
Heces de color arcilla
Orina oscura
Pérdida de apetito
Fiebre leve
Dolor en las articulaciones
Ictericia (color amarillento de la piel y los ojos)
Picazón intensa

TRANSMISION

Fecal-oral: El virus se excreta en las heces de las personas infectadas. La infección puede ocurrir cuando alguien ingiere alimentos o agua contaminados con las heces de una persona infectada.

Contacto persona-persona: enfermos o contacto sexual

Alimentos-agua contaminada

Prevención: Vacunación, practica de higiene, practicas seguras.

Tratamiento: Manejo sintomático, recuperación sin daño hepático permanente.

HEPATITIS

HEPATITIS B

Es transmitida parenteralmente, y puede causar enfermedad crónica del hígado

El virus de la hepatitis B (HBV) es un virus de DNA del grupo hepadna viridae.

El virus infectante es transmitido en la sangre, semen y saliva, por medio de contacto físico cercano; a **enfermedad transmitida sexualmente. También se observa transmisión vertical de madre a hijo.**

Puede no presentar síntomas; cuando si se presenta después de 3 a 6 meses del periodo de incubación: Fiebre, ictericia, dolor abdominal y articular, nauseas o vomitos, fatiga, **heces color arcilla.**

La hepatitis B es una infección hepática causada por el virus de la hepatitis B (VHB). A diferencia de la hepatitis A, la hepatitis B puede ser tanto **aguda** (de corta duración) como **crónica** (de larga duración)

Transmisión

Relaciones sexuales sin protección con alguien infectado.

Compartir agujas

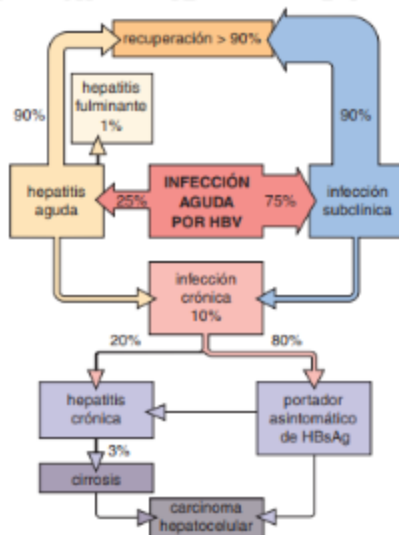
Transmisión vertical

Contacto con sangre o heridas abiertas.

HEPATITIS

HEPATITIS B

Evolución después de la infección



1. La **hepatitis aguda** autolimitada es un resultado común. Los pacientes se recuperan, y tienen inmunidad durante toda la vida.
2. La **hepatitis aguda fulminante** es muy rara, y causa necrosis masiva de células hepáticas.
3. La hepatitis crónica afecta a 5 a 10% de los casos. Puede progresar a cirrosis, o se puede recuperar.
4. Infección crónica asintomática (puede desarrollar posteriormente hepatitis crónica).

HEPATITIS

HEPATITIS B

PREVENCION

Vacunación: La vacuna contra la hepatitis B es altamente efectiva y es la principal forma de prevenir la infección. Se recomienda para todos los **recién nacidos**, así como para adultos en riesgo.

Uso de protección: Utilizar condones durante las relaciones sexuales para reducir el riesgo de transmisión.

Evitar compartir agujas y otros instrumentos de inyección.

Practicar una buena higiene en entornos de atención médica

TRATAMEINTO

Generalmente no se requiere tratamiento específico. En **hepatitis B crónica:** Medicamentos antivirales:

Lamivudina

Adefovir dipivoxil

-Interferon

Especialmente aquellos sin cirrosis y con niveles elevados de ALT y carga viral baja a moderada; TERAPIA INYECTABLE 6-12 meses.

Interferón alfa 10 MUI cada 3 días o 5MUI diarios

HEPATITIS

HEPATITIS C

Es una de las causas principales de enfermedades hepáticas crónicas, incluida la cirrosis y el cáncer de hígado. A diferencia de las hepatitis A y B, **no hay vacuna disponible** para la hepatitis C.

Es causada por un **flavivirus** – virus RNA lineal

Puede cursar sin **síntomas**; cuando aparecen muestran Ictericia, dolor hipocondrio derecho, mialgias, fiebre, vomito.

F. De Riesgo: Uso de drogas inyectables; Nacer de una madre con hepatitis C; exponerse a sangre infectada; Portador VIH; tatuaje o piercing en un entorno no regulado.

Transmisión: principalmente a través del **contacto con sangre infectada.**

Uso compartido de agujas; lesiones por pinchazos de aguja; madre a hijo – parto; Instrumentos no esterilizados como en tatuajes o perforaciones en lugares no regulados.

HEPATITIS

HEPATITIS C

PREVENCIÓN

No compartir agujas

Uso de protección durante relaciones sexuales: Aunque el riesgo de transmisión sexual es bajo, usar preservativos puede reducirlo aún más.

Asegurarse de que el equipo médico esté esterilizado: Especialmente para tatuajes.

Uso de guantes y medidas de precaución en entornos de atención médica.

TRATAMIENTO

Antivirales de acción directa

Sofosbuvir generalmente utilizado en combinación con otros medicamentos antivirales como **ledipasvir o velpatasvir**.

Duración ente 8-12 semanas

"Curado" significa que el virus no es detectable en la sangre 12 semanas después de completar el tratamiento.

Tipo A

Leve
Se Transmite



- ✓ Agua o alimentos contaminados



- ✓ Vía oral o fecal

Vacunación



Síntomas

Piel amarillenta,
cansancio, vómitos

**No daña el hígado
de forma
permanente**

Tipo B

Grave
Se Transmite



- ✓ Contacto con sangre, semen y fluidos corporales infectados



- ✓ Jeringuillas, agujas, cuchillas...

- ✓ Contagio al feto

Vacunación



Síntomas

Cronificación con o sin síntomas:
Ictericia, cirrosis, cáncer hepático

Tipo C

Más grave
Se Transmite



- ✓ Contacto con **sangre infectada**: transfusiones no seguras, jeringuillas, agujas...

- ✓ Contagio madre - hijo

Vacunación



Síntomas

Cronificación con o sin síntomas:
cirrosis, cáncer

Tipo D

Muy grave
Se Transmite



- ✓ Necesitas tener **Hepatitis B**
- ✓ Contacto con **sangre infectada**: transfusiones no seguras, jeringuillas, agujas...

**Vacunación
contra la hepatitis B**



Síntomas

Cronificación,
síntomas agudos:
ictericia, fiebre,
cirrosis, cáncer

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA

Es una enfermedad crónica caracterizada por el reemplazo del tejido hepático normal por fibrosis difusa y progresiva, que altera la estructura y función del hígado.

Etiología:

- Alcoholismo → se excede la capacidad de depuración hepática
- Hepatitis virales crónicas → se produce daño por un tiempo prolongado
- Esteatosis hepática no alcohólica → puede progresar a inflamación y necrosis
- Enfermedades metabólicas hepáticas hereditarias → generan toxicidad hepática
- Hepatitis autoinmune → se produce daño por un tiempo prolongado
- Cirrosis biliares → puede producir insuficiencia hepática
- Cirrosis cardíaca → genera incapacidad de responder a los requerimientos
- Medicamentos, infecciones, etc → por hepatotoxicidad

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- FISIOPATOLOGIA

Independiente de la causa de origen, las características patológicas son producidas por un **desarrollo progresivo de fibrosis** debido a la **activación de las células estrelladas** del hígado, que resulta en una **formación de cantidades aumentadas de colágeno** y otros componentes de matriz extracelular;

Poseen propiedades contráctiles que **aumentan la resistencia vascular intrahepática**. Estas modificaciones progresan hasta el punto en que se produce una **alteración de la arquitectura hepática** y formación de nódulos regenerativos (por estimulación a la regeneración de los hepatocitos que sobreviven por parte de las células estrelladas).

Estos cambios provocan una **disminución de la masa hepatocelular** y, por lo tanto, de la **función hepática**, y una **alteración del flujo sanguíneo** debido a la reorganización vascular.

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- CLASIFICACION

- **Cirrosis alcohólica** → el tejido cicatricial rodea de manera característica a las áreas portales. Con mayor frecuencia se debe al alcoholismo crónico y es el tipo más habitual de cirrosis.
- **Cirrosis postnecrótica** → hay amplias bandas de tejido cicatricial. Es el resultado tardío de un episodio de hepatitis vírica.
- **Cirrosis biliar** → la cicatrización ocurre en el hígado alrededor de los conductos biliares. Por lo general se debe a la obstrucción biliar crónica e infección.

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- MANIFESTACION CLINICA

CIRROSIS COMPENSADA

- Dolor abdominal
- Edema de tobillos
- Hepatomegalia
- Dispepsia flatulenta
- Fiebre ligera intermitente
- Eritema palmar
- Esplenomegalia
- Epistaxis inexplicables
- Indigestión difusa por la mañana
- Arañas vasculares

CIRROSIS DESCOMPENSADA

- Ascitis
- Acropaquia – engrosamiento de las falanges distales
- Fiebre ligera continua
- Epistaxis
- Atrofia gonadal
- Hipotensión
- Ictericia
- Desgaste muscular
- Púrpura → por la reducción en el recuento de plaquetas
- Pérdida de vello corporal
- Hematomas espontáneos
- Debilidad
- Pérdida de peso

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- ETAPAS

CIRROSIS COMPENSADA

El hígado está dañado y cicatrizado, pero aún puede realizar la mayoría de sus funciones normales. Los síntomas suelen ser mínimos o inexistentes, ya que el cuerpo es capaz de compensar el daño hepático.

No hay síntomas evidentes de insuficiencia hepática.

El hígado puede adaptarse y mantener la función metabólica necesaria.

La calidad de vida es generalmente buena, y las complicaciones son menos comunes.

El diagnóstico puede ser incidental, descubierto a través de exámenes de rutina o estudios por otras razones médicas.

Las personas con **cirrosis compensada pueden vivir muchos años con una buena calidad de vida** si se controlan adecuadamente y se evitan factores de riesgo adicionales. La progresión a cirrosis descompensada puede ser lenta y puede retrasarse con un tratamiento adecuado y cambios en el estilo de vida.

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- ETAPAS

CIRROSIS DESCOMPENSADA

El hígado ha sufrido tanto daño que ya no puede realizar sus funciones necesarias. En esta etapa, los síntomas y las complicaciones se vuelven evidentes, y la insuficiencia hepática es una preocupación.

Aparición de síntomas graves de insuficiencia hepática.

Presencia de complicaciones graves como ascitis, encefalopatía hepática, ictericia y varices esofágicas con riesgo de hemorragia.

Aumento del riesgo de desarrollar cáncer de hígado (carcinoma hepatocelular).

Las complicaciones pueden ser potencialmente mortales y requieren manejo médico intensivo.

En muchos casos, se considera el trasplante de hígado como una opción de tratamiento para mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- ESTADIOS

CH compensada

Estadios	Definición
1	Pacientes sin várices esofágicas o esófago-gástricas sin ascitis.
2	Pacientes con várices esofágicas y/o esófago-gástricas, sin sangrado, ni ascitis.

CH descompensada

Estadios	Definición
3	Pacientes con sangrado variceal, sin ascitis ni otra complicación.
4	Pacientes con ascitis y/o hepatocarcinoma, peritonitis bacteriana espontánea, íctero sin sangrado variceal.
5	Pacientes con ascitis y sangrado por várices esofágicas, con o sin encefalopatía hepática, hepatocarcinoma, peritonitis bacteriana espontánea o ictericia.

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- COMPLICACIONES

- Ascitis
- **Peritonitis bacteriana espontánea:** infección del líquido ascítico
- **Encefalopatía hepática:** Pérdida de la función cerebral cuando se daña el hígado y no elimina toxinas de la sangre.
- **Síndrome hepatorenal:** condición de riesgo vital en donde se produce una insuficiencia renal aguda en pacientes con cirrosis u otra patología hepática grave.
- **Síndrome hepatopulmonar:** síndrome caracterizado por disnea e hipoxemia causado por la vasodilatación de los vasos sanguíneos del pulmón en aquellos pacientes con enfermedad hepática. La disnea y la hipoxemia empeoran cuando el paciente se pone en posición bípeda erecta.
- **Carcinoma hepatocelular:** Tipo más común de cáncer de hígado
- **Hipertensión portal:** Aumento de la presión en las venas que llevan la sangre desde los intestinos al hígado, lo que puede causar sangrado gastrointestinal.

HEPATITIS

CIRROSIS HEPATICA- TRATAMIENTO

No hay cura para la cirrosis, pero el tratamiento se enfoca en manejar los síntomas, prevenir complicaciones y tratar la causa subyacente.

Causa subyacente

Antivirales para la hepatitis B o C.

Abstinencia de alcohol y programas de rehabilitación para el alcoholismo.

Manejo de enfermedades metabólicas y diabetes.

Uso de medicamentos inmunosupresores para la hepatitis autoinmune.

Medicamentos

Diuréticos para reducir la acumulación de líquidos (ascitis). Espironolactona

Betabloqueantes (Propanolol) para reducir la presión portal y el riesgo de sangrado de varices.

Rifaximina para tratar la encefalopatía hepática.

Procedimientos y cirugías:

Ligadura de varices para prevenir el sangrado.

Paracentesis para drenar el líquido acumulado en el abdomen.

Trasplante de hígado: Puede ser necesario en casos avanzados de cirrosis o insuficiencia hepática.

HEPATITIS

CUIDADOS ENFERMEROS

Monitorear regularmente la presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y respiración. Los cambios en estos parámetros pueden indicar complicaciones.

-Verificar el color de la piel y los ojos para detectar **ictericia**, un signo de aumento de bilirrubina en la sangre.

-**Evaluación de ascitis:** Inspeccionar y palpar el abdomen para detectar distensión o aumento de tamaño. Medir la circunferencia abdominal regularmente.

-**Educar** al paciente sobre la importancia de una dieta baja en sodio para reducir la retención de líquidos y la ascitis.

-**Monitoreo de encefalopatía hepática:** Evaluar cambios en el estado mental, confusión, somnolencia, desorientación o comportamiento anormal.

HEPATITIS

CUIDADOS ENFERMEROS

Control de líquidos: Limitar la ingesta de líquidos según las indicaciones médicas para prevenir la sobrecarga de volumen y la ascitis.

Monitoreo de peso: Realizar pesajes diarios para detectar cambios en el estado de líquidos.

Nutrición adecuada: Asegurar una dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales, pero ajustada a las necesidades del paciente para evitar la malnutrición y mantener la masa muscular.

Prevención de hemorragias: Evitar el uso de medicamentos que puedan aumentar el riesgo de sangrado, como AINEs.

Estar atento a síntomas de sangrado variceal y coordinar con el equipo médico para la intervención oportuna, como ligadura de varices o uso de beta-bloqueantes.

Fomentar la abstinencia de alcohol, el cese del tabaquismo, y el control de peso.

HEPATITIS

CUIDADOS ENFERMEROS

Vacunación: Asegurar que el paciente esté vacunado contra hepatitis A, B.

Fomentar una buena higiene personal, lavado de manos y cuidado de la piel para prevenir infecciones.

Uso de antibióticos profilácticos: Según indicaciones, especialmente en pacientes con ascitis para prevenir la peritonitis bacteriana espontánea.

Ofrecer apoyo emocional y psicológico, ya que la cirrosis puede ser una enfermedad debilitante y emocionalmente desafiante.

Ayudar al paciente a identificar y manejar el estrés, que puede agravar los síntomas de la cirrosis.

PREGUNTA

Seleccione las medidas de prevención de la Hepatitis B.

1. Vacunación a los grupos de riesgo según la normativa del M.S.P. Ecuador.
2. Abastecimiento de agua potable segura y evacuación apropiada de aguas residuales.
3. Monitoreo regular de las coberturas de vacunación en cada distrito de salud.
4. Aplicación de medidas de higiene básicas y lavado meticuloso de las manos.
5. Prácticas de bioseguridad y manejo de materiales cortopunzantes y biológicos.
6. Cuidado en la preparación de alimentos y eliminación sanitaria de las heces

Respuestas:

- 2, 3, 6
- 4, 5, 6
- 5, 1, 6
- 1, 3, 5



PREGUNTA

Seleccione las medidas de prevención de la Hepatitis B.

1. **Vacunación a los grupos de riesgo según la normativa del M.S.P. Ecuador.**
2. Abastecimiento de agua potable segura y evacuación apropiada de aguas residuales.
3. **Monitoreo regular de las coberturas de vacunación en cada distrito de salud.**
4. Aplicación de medidas de higiene básicas y lavado meticuloso de las manos.
5. **Prácticas de bioseguridad y manejo de materiales cortopunzantes y biológicos.**
6. Cuidado en la preparación de alimentos y eliminación sanitaria de las heces

Respuestas:

- 2, 3, 6
- 4, 5, 6
- 5, 1, 6
- **1, 3, 5**

PREGUNTA

¿Cuál es la intervención de enfermería a nivel preventivo para evitar la transmisión de la Hepatitis A?

Respuestas:

- Instruir a las personas en las prácticas seguras en la preparación de alimentos y lavado de manos.
- Ingerir una dieta restringida en grasas y con un aporte calórico de 2000 a 3000 kcal/día.
- Evitar la exposición frecuente a sangre, hemoderivados u otros líquidos corporales.
- Aconsejar al paciente que evite el uso de drogas IV/inyecciones.

PREGUNTA

¿Cuál es la intervención de enfermería a nivel preventivo para evitar la transmisión de la Hepatitis A?

Respuestas:

- **Instruir a las personas en las prácticas seguras en la preparación de alimentos y lavado de manos.**
- Ingerir una dieta restringida en grasas y con un aporte calórico de 2000 a 3000 kcal/día.
- Evitar la exposición frecuente a sangre, hemoderivados u otros líquidos corporales.
- Aconsejar al paciente que evite el uso de drogas IV/inyecciones.

PREGUNTA

¿Cuál de las siguientes opciones corresponde con las características clínicas de la hepatitis C?

Respuestas:

- Presencia de heces oscuras y orinas claras.
- No existen secuelas hepáticas en la infección crónica.
- Presenta un periodo de incubación de 14 a 21 días
- Presencia de fiebre, inapetencia y dolor abdominal.

PREGUNTA

¿Cuál de las siguientes opciones corresponde con las características clínicas de la **hepatitis C**?

Respuestas:

- Presencia de heces oscuras y orinas claras.
- No existen secuelas hepáticas en la infección crónica.
- Presenta un periodo de incubación de 14 a 21 días
- **Presencia de fiebre, inapetencia y dolor abdominal.**

PREGUNTA

La hepatitis C, como otras formas de hepatitis viral, puede presentar síntomas inespecíficos como fiebre, inapetencia (falta de apetito) y dolor abdominal. También puede presentar fatiga, ictericia (piel y ojos amarillos), náuseas, vómitos y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.

OPCION A: En la hepatitis, las heces suelen ser claras (acolias) debido a la disminución de la excreción de bilis en el intestino, mientras que la orina es oscura por el aumento de bilirrubina conjugada.

OPCION B: La infección crónica por hepatitis C puede llevar a secuelas graves como fibrosis, cirrosis hepática, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular.

OPCION C: El periodo de incubación de la hepatitis C es más largo, generalmente de 2 semanas a 6 meses, siendo un promedio de 6-9 semanas. Este período es el tiempo que transcurre desde la exposición al virus hasta la aparición de los primeros síntomas.

PREGUNTA

En la sala de cirugía se encuentra paciente masculino de 76 años que cursa con diagnóstico de cirrosis hepática en estadio III, a quien se le realiza paracentesis abdominal por segunda ocasión desde el ingreso a hospitalización. Signos vitales PA: 80/40 mmHg, FC: 120 lpm FR: 28 rpm, SO₂:94%. ¿Cuál es la primera acción a implementar durante el procedimiento?

Respuestas:

- Vigilar signos y síntomas de hipovolemia.
- Extraer rápidamente el líquido ascítico.
- Pedir mantener la vejiga urinaria llena.
- Cambiar la posición del paciente c/30 minutos.

PREGUNTA

En la sala de cirugía se encuentra paciente masculino de 76 años que cursa con diagnóstico de cirrosis hepática en estadio III, a quien se le realiza paracentesis abdominal por segunda ocasión desde el ingreso a hospitalización. Signos vitales PA: 80/40 mmHg, FC: 120 lpm FR: 28 rpm, SO₂:94%. ¿Cuál es la primera acción a implementar durante el procedimiento?

Respuestas:

-Vigilar signos y síntomas de hipovolemia.

- Extraer rápidamente el líquido ascítico.
- Pedir mantener la vejiga urinaria llena.
- Cambiar la posición del paciente c/30 minutos.



PREGUNTA

En un paciente con cirrosis hepática avanzada sometido a paracentesis, especialmente si es la segunda vez que se realiza el procedimiento, es crucial vigilar los signos de hipovolemia. La extracción de un gran volumen de líquido ascítico puede llevar a una disminución del volumen intravascular, provocando hipotensión, taquicardia y choque hipovolémico. Este paciente ya presenta **signos de inestabilidad hemodinámica** (PA: 80/40 mmHg y FC: 120 lpm), por lo que el **monitoreo constante es la prioridad para prevenir complicaciones graves.**

OPCION B: La extracción rápida del líquido ascítico puede precipitar un síndrome de disfunción circulatoria post-paracentesis, que puede llevar a hipovolemia y choque.

OPCION C: No es necesario mantener la vejiga llena para una paracentesis. De hecho, se suele pedir que esté vacía para evitar riesgo de perforación accidental durante el procedimiento.

OPCION D: Cambiar la posición del paciente cada 30 minutos no es una prioridad durante una paracentesis y no tiene impacto en la prevención de complicaciones como la hipovolemia.

SALMONELOSIS

Es una infección causada por bacterias del género Salmonella. Estas bacterias suelen encontrarse en alimentos contaminados, especialmente en huevos, aves de corral, carne, leche y productos lácteos no pasteurizados.

También pueden estar presentes en frutas y verduras que han estado en contacto con el agua contaminada o no han sido lavadas adecuadamente.

Alimentos relacionados:

Carne cruda o mal cocida, con mas intensidad en el pollo.

Huevos y productos que contienen huevos crudos

Leche no pasteurizada y productos lácteos

Frutas y verduras crudas contaminadas.

Al tratarse de una infección intestinal, la bacteria también se encuentra en las heces de personas infectadas

SALMONELOSIS

Manifestación Clínica

Los síntomas pueden comenzar entre **las 6 y 72 horas** después de la ingesta de Salmonella. Habitualmente la enfermedad dura entre 2 y 7 días.

Cólicos
Sensibilidad o dolor abdominal
Escalofríos
Diarrea
Fiebre
Dolor muscular
Náuseas o vómitos.
Cefalea

En la mayoría de los casos, los síntomas desaparecen sin tratamiento médico en una semana, pero en personas con sistemas inmunológicos debilitados, niños pequeños o ancianos, la infección puede ser más grave y llevar a complicaciones.

SALMONELOSIS

Complicaciones

DESHIDRATACION

La diarrea y los vómitos intensos pueden llevar a una pérdida significativa de líquidos y electrolitos, resultando en deshidratación. Esto es especialmente preocupante en niños pequeños, ancianos y personas con sistemas inmunológicos debilitados

BACTERIEMA

La bacteria **Salmonella** puede entrar en el torrente sanguíneo, causando una infección sistémica llamada bacteriemia. Esto puede llevar a infecciones graves en otras partes del cuerpo:

Endocarditis (infección de las válvulas del corazón)

Meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal)

Osteomielitis (infección en los huesos)

SALMONELOSIS

Complicaciones

SÍNDROME DE REITER O ARTRITIS REACTIVA

Después de una infección por Salmonella, algunas personas pueden desarrollar una condición llamada artritis reactiva, también conocida como síndrome de Reiter. Este síndrome se caracteriza por inflamación de las articulaciones, ojos y vías urinarias.

INFECCIONES LOCALIZADAS

La Salmonella puede infectar partes específicas del cuerpo, causando infecciones localizadas como:

Abscesos en los órganos

Infección de los tejidos blandos

Infección en los vasos sanguíneos, como aneurismas infectados

SALMONELOSIS

TRATAMIENTO

Hidratación: compensar la pérdida de líquidos por diarrea y vómitos.
Ingesta de comidas poco copiosas y exentas de grasa.

La clave para prevenir complicaciones es el manejo temprano y adecuado de la infección por salmonelosis. Esto incluye mantenerse bien hidratado, monitorear los síntomas.

En casos graves, **los antibióticos** pueden ser necesarios, pero generalmente se reservan para **personas con alto riesgo de complicaciones**.

La terapia antimicrobiana sistemática **no está recomendada para casos leves o moderados en personas sanas**. Esto se debe a que los antimicrobianos podrían no eliminar completamente la bacteria y seleccionar cepas resistentes, con lo cual el fármaco se volvería ineficaz.

SALMONELOSIS

TRATAMIENTO

Complicaciones graves como bacteriemia, infecciones focales o en personas con sistemas inmunitarios debilitados, el uso de antibióticos se vuelve necesario.

CIPROFLOXACINO: Infecciones graves por Salmonella .

Dosis oral: 500-750 mg cada 12 horas durante 7-14 días.

Dosis intravenosa: 400 mg cada 12 horas durante 7-14 días.

AZITROMICINA: Resistencia a la ciprofloxacino.

Dosis oral: 500 mg una vez al día durante 5-7 días

CEFTRIAXONA: vía intravenosa o intramuscular – Casos severos

Dosis IV/IM: 1-2 G al día; mas severo hasta 2 gr cada 12 horas.

La duración puede variar según la respuesta del paciente al tratamiento y la severidad de la infección.

En infecciones graves o en pacientes inmunocomprometidos, la duración puede extenderse.

SALMONELOSIS

CUIDADOS ENFERMEROS

Monitorización de signos vitales: Vigilar la presión arterial para detectar hipotensión, especialmente en casos de deshidratación severa.

Administrar líquidos por vía oral o intravenosa según las indicaciones; Registrar la ingesta y salida de líquidos para evaluar el estado de hidratación y el funcionamiento renal.

Vigilar signos de deshidratación como sequedad en la boca, disminución de la turgencia de la piel, y ojos hundidos.

Manejo de la diarrea.

Proporcionar una dieta suave y fácil de digerir, rica en líquidos y electrolitos. Evitar alimentos irritantes.

SALMONELOSIS

CUIDADOS ENFERMEROS

Aislamiento: En casos graves o en entornos hospitalarios, puede ser necesario el aislamiento entérico (directo e indirecto) para prevenir la transmisión a otros pacientes o al personal de salud.

Higiene de manos: Asegurar que el paciente y el personal se laven las manos adecuadamente antes y después del contacto con el paciente, después de usar el baño, y antes de comer.

Limpiar y desinfectar regularmente las superficies y utensilios utilizados por el paciente para prevenir la propagación de la bacteria.

Administrar los antibióticos según la prescripción médica, vigilando posibles efectos secundarios o reacciones alérgicas.

Brindar apoyo emocional al paciente

Notificar señales de alarma: fiebre persistente, deshidratación severa o dolor abdominal severo.

PREGUNTA

Paciente adulto ingresa al servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal difuso, malestar general, diarrea persistente, náusea y vómito, los resultados del examen de heces revelan infección por salmonella. Estos signos y síntomas corresponden a la siguiente patología:

Respuestas:

- Enfermedad de Crohn.
- Apendicitis.
- Colon irritable
- Gastroenteritis aguda.

PREGUNTA

Paciente adulto ingresa al servicio de emergencia refiriendo dolor abdominal difuso, malestar general, diarrea persistente, náusea y vómito, los resultados del examen de heces revelan infección por salmonella. Estos signos y síntomas corresponden a la siguiente patología:

Respuestas:

- Enfermedad de Crohn.
- Apendicitis.
- Colon irritable
- Gastroenteritis aguda.**

PREGUNTA

La **gastroenteritis aguda** es una inflamación del tracto gastrointestinal que presenta síntomas como dolor abdominal difuso, diarrea persistente, náusea y vómito. La infección por *Salmonella* es una causa común de gastroenteritis aguda, y se confirma mediante el examen de heces que revela la presencia de esta bacteria.

OPCION A: La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica del intestino que puede presentar dolor abdominal y diarrea, pero generalmente no está asociada con infecciones bacterianas agudas como *Salmonella*. También se caracteriza por otros signos crónicos como pérdida de peso, fiebre, y en casos severos, manifestaciones extraintestinales.

OPCION B: La apendicitis es la inflamación del apéndice y generalmente se presenta con dolor abdominal localizado, típicamente en el cuadrante inferior derecho, junto con fiebre, náuseas y vómitos. No se asocia con diarrea persistente ni con resultados de examen de heces que muestren infección por *Salmonella*.

OPCION C: El síndrome de colon irritable (SCI) es un trastorno funcional del intestino que puede causar dolor abdominal y cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento), pero no se asocia con infecciones bacterianas agudas como *Salmonella*. Tampoco presenta síntomas sistémicos como fiebre o malestar general.

PREGUNTA

María, una paciente de 35 años, ingresa al hospital con un diagnóstico reciente de hepatitis viral tipo B. Presenta síntomas como ictericia, fatiga extrema, dolor abdominal en la región hepática, y náuseas. Los resultados de laboratorio muestran niveles elevados de transaminasas hepáticas (ALT y AST) y bilirrubina. La enfermera asignada a María debe diseñar un plan de cuidados enfocado en manejar los síntomas, monitorear la función hepática, y educar a la paciente sobre su enfermedad y el autocuidado necesario para evitar complicaciones. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería es la más adecuada para incluir en el plan de cuidados de María, considerando su diagnóstico y condición actual?

Respuestas:

- a) Incentivar la ingesta de proteínas en la dieta para favorecer la regeneración hepática y proporcionar energía.
- b) Recomendar reposo en cama con limitación de actividades físicas para reducir la demanda metabólica del hígado.
- c) Administrar suplementos de hierro para combatir la anemia, ya que es común en pacientes con hepatitis.

PREGUNTA

María, una paciente de 35 años, ingresa al hospital con un diagnóstico reciente de hepatitis viral tipo B. Presenta síntomas como ictericia, fatiga extrema, dolor abdominal en la región hepática, y náuseas. Los resultados de laboratorio muestran niveles elevados de transaminasas hepáticas (ALT y AST) y bilirrubina. La enfermera asignada a María debe diseñar un plan de cuidados enfocado en manejar los síntomas, monitorear la función hepática, y educar a la paciente sobre su enfermedad y el autocuidado necesario para evitar complicaciones. ¿Cuál de las siguientes intervenciones de enfermería es la más adecuada para incluir en el plan de cuidados de María, considerando su diagnóstico y condición actual?

Respuestas:

- a) Incentivar la ingesta de proteínas en la dieta para favorecer la regeneración hepática y proporcionar energía.
- b) Recomendar reposo en cama con limitación de actividades físicas para reducir la demanda metabólica del hígado.**
- c) Administrar suplementos de hierro para combatir la anemia, ya que es común en pacientes con hepatitis.

PREGUNTA

El **reposo es crucial en pacientes con hepatitis**, especialmente durante la fase aguda, cuando el hígado está inflamado y su capacidad funcional está reducida. Limitar las actividades físicas reduce la demanda metabólica y el estrés sobre el hígado, permitiéndole **concentrarse en la regeneración y en el manejo de la inflamación**.

OPCION A: Si bien las proteínas son necesarias para la reparación y regeneración de los tejidos, en pacientes con hepatitis aguda, el hígado está comprometido y puede tener dificultades para metabolizar proteínas en exceso. Esto podría conducir a una acumulación de amoníaco en la sangre, agravando el riesgo de encefalopatía hepática. Por lo tanto, en la fase aguda, es preferible una dieta equilibrada, pero moderada en proteínas, adecuada a la capacidad funcional del hígado.

OPCION C: La suplementación **con hierro no es rutinaria en pacientes con hepatitis**, a menos que haya una indicación específica como una anemia ferropénica documentada. De hecho, en pacientes con hepatitis, la sobrecarga de hierro **puede ser perjudicial**, ya que el hierro en exceso puede generar radicales libres que **agravan la inflamación hepática y el daño celular**. El manejo de la anemia en estos pacientes debe ser cuidadoso y basado en una evaluación completa de los niveles de hierro y la causa subyacente de la anemia.